

FACULTÉ DE MÉDECINE

Travail de la clinique Chirurgicale infantile et orthopédique de la Faculté
de Médecine de Montpellier (Professeur ETIENNE)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
d'un nouvel appareil plâtré
dans le traitement du torticolis congénital
après ténotomie du sterno-cleïdo mastoïdien

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1936

PAR

Ernest CUTZACH

Né le 17 mai 1908. Ponteilla (Pyrénées-Orientales)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY :

MM. ETIENNE, prof., *présid.*
LAMARQUE, professeur.
AIMES, agrégé.
ROUX, agrégé.

| *assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages .

—
1936

CONTRIBUTION A L'ETUDE D'UN NOUVEL
APPAREIL PLATRE DANS LE TRAITEMENT
DU TORTICOLIS CONGENITAL
APRES TENOTOMIE DU STERNO-CLEIDO
MASTOIDIEN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

N° 81

FACULTÉ DE MÉDECINE

Travail de la clinique Chirurgicale infantile et orthopéd que de la Faculté
de Médecine de Montpellier (Professeur ETIENNE)

CONTRIBUTION A L'ETUDE d'un nouvel appareil plâtré dans le traitement du torticolis congénital après ténotomie du sterno-cleïdo mastoïdien

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1936

PAR

Ernest CUTZACH

Né le 17 mai 1908. Ponteilla (Pyrénées-Orientales)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY :

MM. ETIENNE, prof., *présid.*
LAMARQUE, professeur.
AIMES, agrégé.
ROUX, agrégé.

assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1936

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, assesseur.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.)	CABANNES
Histologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, GALAVIELLE VALLOIS,
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique physiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON.

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE

Examineurs de la Thèse

MM. ETIENNE, prof., *présid.*
LAMARQUE, professeur.

AIMES, agrégé.
ROUX, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MERE

A MON PERE, A MA MERE

*faible témoignage
de mon immense amour filial.*

A MON FRERE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile
et orthopédique à la Faculté*

Chevalier de la Légion d'honneur

*qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE AIMES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

Introduction

Le traitement efficace du torticolis congénital est le plus souvent œuvre délicate, mettant en œuvre la patience du chirurgien pour lutter contre une déformation dont le mécanisme intime nous échappe et qui a une fâcheuse tendance à se reproduire.

Il semble qu'à l'heure actuelle, la ténotomie du sterno-cleido-mostoïdien soit le traitement de choix. Mais rien ne servirait de sectionner ce muscle si on abandonnait le malade ensuite à lui-même. L'infirmité se reproduirait fatalement et souvent dans des délais très courts.

En effet, les processus fibreux, souvent très étendus, qui, d'ailleurs, caractérisent cette affection, reprendraient vite le dessus, s'organiseraient vite en de nouveaux hachis, et tout serait à recommencer.

Il faut donc, pendant la cicatrisation, maintenir la tête en bonne position et même en hypercorrection pour s'opposer à de nouvelles rétractions.

D'autre part, si l'immobilisation doit être rigoureuse, elle doit permettre des mouvements actifs et passifs qui, en dehors des périodes d'immobilisation, feront jouer les différents plans musculo-aponévrotiques et assoupliront la région.

Ce double but est réalisé au mieux par l'appareil plâtré réalisé par le Professeur ETIENNE et couramment employé avec succès dans son service de clinique chirurgicale infantile de la Faculté de Montpellier.

M. le Professeur ETIENNE a bien voulu nous confier la rédaction de ce sujet pour en faire l'objet de notre thèse. Nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

PREMIERE PARTIE

Les divers modes d'appareils utilisés dans le traitement du torticolis congénital

LE TRAITEMENT DU TORTICOLIS MUSCULAIRE CONGENITAL

Il est aujourd'hui bien avéré que le torticolis chronique banal est conditionné par une myosite scléreuse du muscle sterno-cleido-mastoïdien (particulièrement de son chef sternal). Le mécanisme intime et pathogénique en est d'ailleurs mal connu, soit que l'on invoque une origine obstétricale (STROMEYER) soit que l'on accuse une myosite (COUVELAIRE), soit même un vice de développement régional, une aplasie (OMBRÉDANNE).

Quelle que soit l'origine de l'affection, les indications thérapeutiques doivent remplir deux indications :

- 1° Redresser la tête et la placer en position normale ;
- 2° Maintenir le redressement. Ce second résultat, qui

mérite toute l'attention du chirurgien, est souvent le plus difficile à obtenir.

Dans l'immense majorité des cas, l'enfant est amené au chirurgien alors que la déformation est déjà fixée. L'aspect est caractéristique et l'inclinaison de la tête dans ses trois diamètres est typique. La palpation du côté malade permet de sentir la corde dure que forme le tendon du muscle tendu du côté malade. Un seul traitement peut donner un résultat efficace : c'est le traitement sanglant. Il consiste dans la section du muscle rétracté. L'exérèse totale (MIKULICZ) doit être rejetée en général, car elle nécessite une véritable intervention laissant une cicatrice toujours disgracieuse et risque d'autre part, de léser le nerf spinal. Dans la plupart des cas, d'ailleurs, ses résultats ne sont pas supérieurs à la simple ténomie.

La *ténomie* est donc l'intervention de choix. Elle doit se pratiquer non pas en haut vers la mastoïde, mais bien en bas sur l'insertion sterno-claviculaire. La section peut se faire soit à ciel ouvert, soit sous-cutanée. Il s'agit essentiellement de sectionner le tendon et toutes les brides qui se tendent lorsque l'aide pratique l'hypercorrection, c'est-à-dire porte la tête du côté sain.

La ténomie terminée, l'aide doit pouvoir donner à la tête une attitude exactement inverse de celle qu'il fallait corriger, sinon l'intervention, l'acte opératoire est insuffisant.

Mais la ténomie une fois pratiquée, le plus difficile reste à faire. Il faut, en effet, maintenir une hypercorrection aussi parfaite que possible et, d'autre part, se préoccuper d'un résultat fonctionnel parfait. La gymnastique orthopédique seule, même très correctement exécutée, est incapable de donner de bons résultats. Elle nécessiterait d'ailleurs, une surveillance médicale multiquotidienne.

Il s'agit, en somme, en dernière analyse, de maintenir la nouvelle position. Pour ce faire, il a été construit de nombreux appareils qui ont subi des fortunes très diverses.

L'extension continue suivant la méthode de SAYRE modifiée (suspension mentionnière avec bras du côté sain surélevé et bras malade alourdi par une haltère ou un poids quelconque est très douloureuse et peut être dangereuse.

Les auteurs allemands, à la suite de VOLKMANN, ont pratiqué l'extension continue horizontale sur le plan du lit. Les mêmes reproches peuvent être adressés.

Les *appareils* correctifs proposés sont très nombreux et schématiquement, peuvent être groupés sous deux chefs :

Appareils fixes,

Appareils à traction élastique.

suivant que l'immobilisation est absolue ou, au contraire, susceptible d'un certain jeu.

Les appareils fixes immobilisent d'une manière rigoureuse et absolue la tête et le cou sur le thorax.

Schématiquement, ils se composent de deux portions :

Une partie cervicale ou -collier, prenant point d'appui sur la nuque et quelquefois le menton ;

Une partie thoracique (corset ou non) embrassant l'épaule et le thorax.

Ces deux parties sont solidarisées d'une manière immuable. Il y a deux sortes d'appareils fixes :

en cuir moulé, dont le type est l'appareil de MATTHIEU. Il existe aussi le collier de NOVÉ-JOSSERAND, de FALKSON, de BOUVIER .

en plâtre, du type minerve : soit minerve simple de GANGOLPHE, soit minerve de SAYRE, avec corset plâtré.

Citons aussi simplement que certains auteurs n'ont pas hésité à pratiquer l'immobilisation dans un lit plâtré.

Les *avantages* de ces appareils sont indiscutablement de pouvoir maintenir une hypercorrection maximum dont l'amplitude ne pourra diminuer dans les jours suivant l'intervention.

Mais les *inconvénients* en sont bien plus importants. Ce sont d'abord (et nous ne faisons que les mentionner) ceux inhérents à tous les grands appareils plâtrés appliqués sur une peau fragile qu'est celle de l'enfant.

Ce sont enfin et surtout les inconvénients dûs à leur inmovibilité. L'immobilisation absolue ainsi réalisée risque de laisser des cous enraidis, sans souplesse, dans lesquels les processus fibreux peuvent se donner libre cours.

Les *appareils à traction élastique* ont été une réaction contre l'immobilisation absolue et ses fâcheux résultats.

Les types d'appareils sont à peu près identiques. Ils se composent :

d'une partie céphalique (couronne de toile ou bonnet de coton) ;

d'une partie thoracique (bandage de corps).

Ces deux parties sont réunies par des tubes de caoutchouc réalisant une traction élastique continue.

Les appareils de SAYRE, de LORENZ, de GOURDON, de KIRMISSON, de FORGUE, ont été ainsi construits.

Ce dernier (appareil de FORGUE) a l'avantage de présenter surtout son pourtour aussi bien en haut qu'en bas des anneaux ; ainsi, les tractions peuvent s'appliquer exactement où l'on veut et en cours de traitement, on peut varier les points d'application de la force tractive.

Dans tous ces appareils, la traction s'exerçant sur le côté sain, la tête et le cou tendent à s'incliner sur l'épaule saine.

Les *avantages* de ces appareils sont essentiellement de pouvoir augmenter à volonté non seulement la force, mais

la direction de l'hypercorrection. Il suffit, pour cela, de raccourcir progressivement les tubes de caoutchouc, ou de latéraliser plus ou moins, soit en haut, soit en bas, leur point d'application. D'autre part, la traction élastique est susceptible de donner d'heureux résultats fonctionnels car, s'opposant absolument à toute tentative de redressement vicieux (grâce à la tension des tubes), elle permet, au contraire, tous les mouvements dans le sens de l'hypercorrection (ce qui relâche les tubes).

Mais, à côté de cela, existe un *inconvenient* capital. Ces appareils nécessitent une surveillance technique de tous les instants. En effet, pour donner leur pleine efficacité, tout doit être judicieusement appliqué : bande capitale en haut, thoracique en bas, direction des tubes... Chaque jour il est nécessaire de réajuster les différentes parties, de vérifier et consolider. En pratique, ces appareils peuvent donner d'excellents résultats, mais à la condition expresse d'un contrôle méticuleux. Au contraire, la moindre faute d'attention, le moindre abandon, et il n'en faut pas plus pour permettre le glissement des différentes pièces de l'appareil, leur désaccrochage, en un mot, leur inefficacité.

Le même *inconvenient* peut s'adresser au procédé d'OMBREDANNE, qui consiste à fixer l'avant-bras de l'enfant derrière sa tête par quelques tours de bande plâtrée. Quelques jours après, grâce au jeu compensateur des omoplates, il faut régler un système de poids appendu au bras du côté sain.

En somme, on peut dire que les appareils fixes immobilisent trop bien, car ils nuisent à la fonction et les appareils à traction élastique donnent rarement d'excellents résultats, car ils nécessitent des vérifications et des réajustements journaliers trop minutieux.

· DEUXIEME PARTIE

L'appareil plâtré amovo-inamovible du Professeur Etienne

I. — PRINCIPES DE L'APPAREIL :

L'appareil est basé sur le principe suivant :

- a) Assurer le maintien permanent de la position d'hypercorrection ;
- b) Permettre chaque jour, à différentes reprises, la mobilisation passive et active de la tête et du cou ;
- c) Il découle de ces deux principes, qu'il est possible d'augmenter la position d'hypercorrection de la tête et si quelque tractus fibreux qu'il a été impossible d'atteindre avec le ténotome, persiste au niveau de la partie profonde de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien, de le distendre progressivement.

II. — DESCRIPTION :

Cet appareil se compose essentiellement de deux parties :

1° Une partie inamovible : la couronne plâtrée ;

2° Une partie amovible, qui prend point d'appui sur l'épaule, du côté opéré et sur le thorax.

Ces deux parties sont « accrochées » l'une à l'autre, mais de telle sorte que cet accrochage puisse être supprimé avec la plus grande facilité.

1° *La couronne plâtrée.* — La couronne plâtrée est modelée sur la tête et encercle celle-ci au niveau des parties saillantes (bosses frontales, région occipitale), de telle sorte que le rebord inférieur de la couronne constitue un orifice de dimension inférieure à la circonférence maxima de la tête.

Si la couronne peut ainsi avoir un certain jeu, c'est un jeu limité, elle ne peut pas être ôtée.

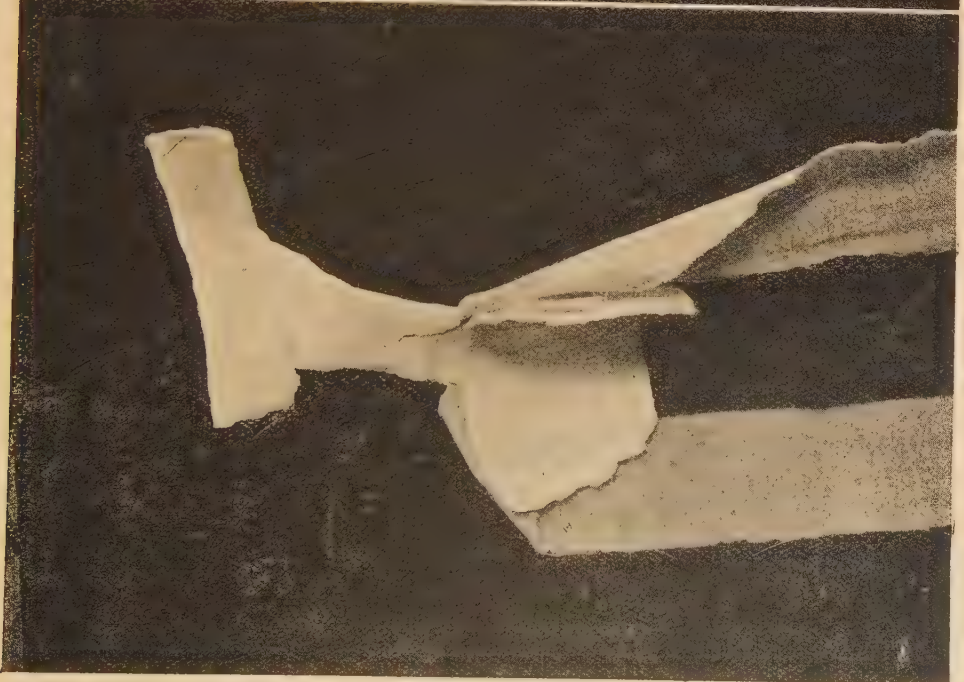
Elle est constituée par plusieurs épaisseurs de bandes plâtrées (nous avons toujours employé jusqu'ici les bandes Cellona).

Sa hauteur varie avec l'âge de l'enfant, elle va de 5 à 10 cm. et le nombre d'épaisseurs est de 12.

Cette couronne plâtrée porte, du côté opéré, une saillie en forme de « L » couché. La longue branche de l'L placée tout contre le rebord supérieur, parallèlement à lui, occupe environ les 2/3 de la moitié de la couronne du côté opéré.

La petite branche de l'L, verticale, est à une faible distance de la partie la plus postérieure de la couronne.

La distance qui sépare le petit côté de l'L de la partie la plus postérieure de la couronne (la tête étant supposée en position rectiligne) varie suivant le degré d'hyper-correction à obtenir. Elle est calculée de telle sorte qu'une



fois l'hyper-correction obtenue, cette petite branche se trouve sur la ligne médiane.

L'I. plâtrée : L'I. plâtrée préparé également avec des bandes de Cellona, est fixé suivant la technique que nous indiquerons plus loin.

La couronne plâtrée est séparée du cuir chevelu par un jersey au-dessous duquel est placé un pansement alcoolisé.

2° *La partie amovible* comprend une épaulière et un *T* dont le pied est fixé à la dite épaulière.

La branche horizontale du *T* s'encastrent exactement dans l'*L* couché dont nous venons de parler.

L'épaulière préparée à l'aide de bandes d'environ douze épaisseurs, est modelée sur l'épaule du côté opéré, et sa fixité en cours de traitement est assurée par deux bandes en toile fixées avec l'obliquité convenable sur le thorax.

Les photographies jointes à ce travail montrent mieux que toutes descriptions, les parties essentielles de l'appareil.

TECHNIQUE D'APPLICATION

I. — *Préparation du cuir chevelu* :

Les cheveux sont coupés aussi ras que possible, le cuir chevelu soigneusement désinfecté par frictions à l'éther et à l'alcool.

On dispose des gazes circulaires alcoolisées, formant une *couche extrêmement régulière, sans plis*.

Ce pansement déborde la zone sur laquelle sera fixée la couronne plâtrée. Les compresses alcoolisées sont simple-

ment maintenues par un jersey en tulle qui englobe toute la tête.

A l'aide de bandes plâtrées coupées à la largeur convenable (5 à 10 cm), on modèle la couronne plâtrée en l'appliquant aussi exactement que possible, mais sans exercer sur le cuir chevelu de compression qui pourrait être fâcheuse.

Dix à douze épaisseurs sont suffisantes.

La couronne plâtrée en place, on attend au moins 24 heures avant de la compléter par la mise en place de l'L couché.

II. — *Epaulière* :

Dans la même séance, on va modeler l'épaulière. La peau de l'épaule est soigneusement désinfectée à l'éther et à l'alcool. On place comme toujours un pansement alcoolisé, sur le pansement alcoolisé un jersey tubulaire avec une très faible épaisseur régulière de coton cardé.

L'épaulière est taillée aux dimensions convenables : elle a douze épaisseurs. Elle doit être assez large pour arriver à la partie externe du moignon de l'épaule et recouvrir toute la région sus-claviculaire sans pénétrer dans la base du cou.

Dans le sens antéro-postérieur, elle doit descendre largement au-dessous de la clavicule en avant, et en arrière, elle doit coiffer l'acromion et l'épine de l'omoplate.

Avant de mettre l'appareil en place, cette épaulière sera essayée et il va sans dire que si les bords exercent une pression fâcheuse sur quelque point cutané, ces bords seront rognés ou émoussés comme il convient.

Une fois que l'épaulière a fait prise, on l'enlève et on la laisse sécher avant de fixer le pied du T.

Vingt-quatre heures après, sur la couronne bien sèche, on place l'L plâtré.

III. — *L'L plâtré* :

Cet *L* plâtré est préparé également avec des bandes plâtrées qui sont roulées. La longueur varie évidemment avec les dimensions de la tête de l'enfant, et il faut obtenir une saillie dont le diamètre sera environ de 1 cm. à 1 cm. 1/2.

Pour assurer une adhérence solide, voici comment on procède : deux épaisseurs de bande plâtrée sont plaquées d'abord sur la couronne ; leur dimension est telle qu'elles ont en longueur plus que la longueur de la branche de l'*L* et en largeur deux fois la hauteur de la couronne.

Cette attelle ayant deux épaisseurs, est appliquée sur la couronne plâtrée, son bord inférieur à hauteur du bord inférieur de la dite couronne.

L'*L* plâtrée est appliqué à la place convenable, puis la moitié supérieure de l'attelle est rabattue et exactement appliquée sur la couronne sous-jacente.

L'*L* plâtré est donc inclus complètement dans l'attelle dont nous venons de parler, et les dimensions de l'attelle sont telles qu'une partie de celle-ci débordé en arrière l'*L* plâtré.

A ce moment-là, il faut avoir très grand soin, non seulement d'assurer une adhérence exacte entre la couronne, l'*L* plâtré et l'attelle qui l'engaine, mais il faut encore, avec le doigt, tracer à la jonction de l'*L* plâtré et de la couronne, *une gouttière assez profonde pour que la partie horizontale du T plâtré vienne s'y encastrer et soit soigneusement maintenue.*

La création de cette gouttière est capitale si on veut que les deux parties de l'appareil tiennent exactement.

Ceci fait, on attend au moins 24 heures pour que la partie nouvelle ait fait prise et soit sèche.

IV. *Confection du T plâtré* qui va servir d'arc-boutant :

Mise en place de l'épaulière. Pour fixer celle-ci, on utilise les deux bandes en toile dont nous avons déjà parlé et qui ont été fixées elles aussi à l'aide de bandes plâtrées. Ces deux bandes s'entrecroisent dans le creux de l'aisselle du côté opposé et doivent être fixées l'une à l'autre par deux épingles anglaises dont le grand axe sera vertical.

On porte la tête en hyper-correction et on taille un patron pour le *T* en calculant la longueur de la barre verticale du *T* d'après la distance qui sépare l'épaulière de la couronne plâtrée.

Cette longueur doit être telle que la bande verticale du *T* puisse aller du rebord de la gouttière dont nous avons parlé à la partie la plus externe de l'épaulière, en s'appliquant sur toute l'épaulière.

Il vaut mieux donner une longueur un peu trop considérable, car il est souvent nécessaire, au moment de la prise du plâtre, de donner à cette portion verticale, un mouvement de spire, de façon à ce que l'oreille du côté opéré ne soit nullement comprimée.

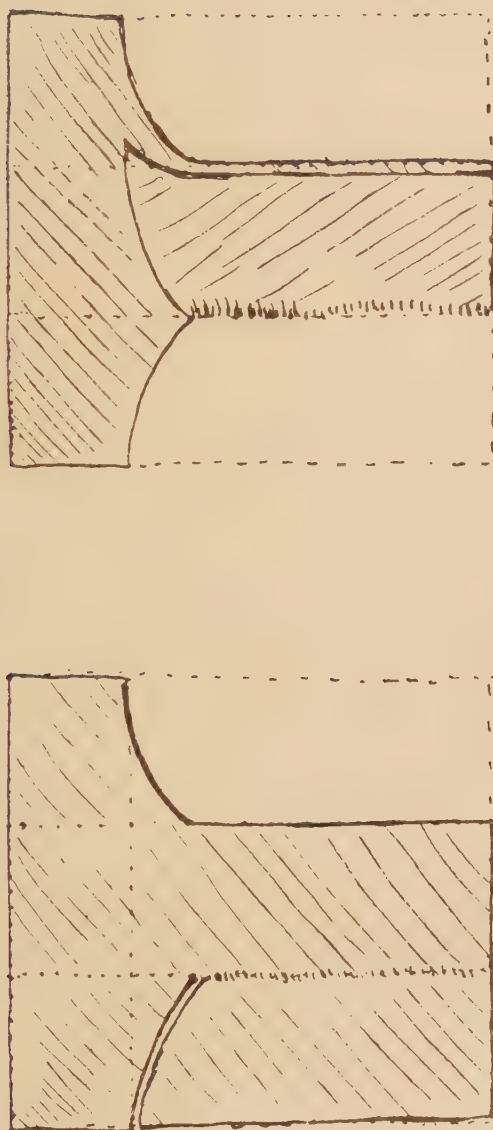
Le *T* va être taillé dans une attelle de 12 épaisseurs ; la partie horizontale du *T* est calculée de telle sorte qu'elle s'encastre exactement dans l'*L* couché.

Le *T* est taillé dans une attelle dont la largeur est égale à la longueur de l'*L* couché et dont l'autre dimension est égale à la longueur de la bande verticale du *T* calculée comme nous l'avons indiqué plus haut.

On conserve en haut une bande de 12 épaisseurs qui s'encastlera exactement dans l'*L*.

Le pied du *T* est taillé de la façon suivante :

Il est divisé en trois parties :



Patron dans lequel sera taillé l'arc-boutant en forme de T

Le 1/3 antérieur est complètement supprimé, à l'exception, bien entendu, de ce qui doit entrer dans la constitution de la barre horizontale du *T*.

Le 1/3 postérieur est coupé obliquement, puis séparé par une section oblique de la portion horizontale et sera rabattu sur le 1/3 moyen de telle sorte que la partie verticale du *T* aura 24 épaisseurs, et que la section oblique du 1/3 postérieur qui empiète un peu sur la partie horizontale du *T* permet une fois que l'on a rabattu ce 1/3 postérieur d'avoir un renversement du point de jonction entre la partie verticale et la partie horizontale.

Une fois que le *T* plâtré est ainsi préparé, on plaque sur la couronne plâtrée au niveau de l'L et de la portion sous-jacente, une épaisseur de gaze vaselinée de façon à éviter toute adhérence entre la couronne et la partie horizontale du *T*.

Il faut avoir grand soin d'appliquer exactement cette épaisseur de gaze vaselinée en particulier au niveau de la gouttière plâtrée existant entre le *T* et la couronne.

Ceci fait, pendant qu'on maintient la tête en hyper-correction, un aide expérimenté (ou le chirurgien lui-même), place le *T* plâtré.

On place d'abord exactement la partie horizontale du *T* et on la fixe soigneusement avec une bande ; ensuite, on dispose à la place convenable le pied du *T* en le plaquant sur toute la partie supérieure de l'épaulière et on donne à l'arc boutant, qui est représenté par la barre verticale du *T*, une forme telle que tout en jouant son rôle d'arc boutant, elle ne vienne nullement comprimer le pavillon de l'oreille.

Aide et opérateur doivent maintenir la position d'hyper-correction de l'appareil en place jusqu'à ce que le *T* ait fait prise.

Lorsque la prise est bien faite, on ôte les épingles de sûreté qui maintiennent les bandes fixant l'épaulière, on enlève la bande de toile qui fixe la partie horizontale du *T* sur la couronne et on sépare l'une de l'autre les parties constituantes de l'appareil.

La fixation du pied du *T* sur l'épaulière est complétée par quatre épaisseurs de bande plâtrée et, avant d'appliquer l'appareil, on attend vingt-quatre heures, afin que la prise du plâtre soit parfaite.

IV. — APPLICATION DE L'APPAREIL ET SURVEILLANCE

La peau de l'épaule est, comme toujours, soigneusement désinfectée, on met en place un nouveau pansement alcoolisé, un petit matelas de coton cardé inclus dans un jersey, tout comme nous l'avons fait pour préparer l'appareil, et l'appareil est ensuite soigneusement ajusté.

Ceci fait, on porte la tête en hyper-correction et la partie horizontale du *T* s'encastre exactement et sans difficulté aucune dans l'*L* couché.

Quelques tours de bande en toile permettent de fixer complètement les deux parties de l'appareil l'une à l'autre.

On s'assure qu'aucun point de l'appareil ne gêne ; si nécessaire, on échancrera comme il convient, en particulier au niveau du pavillon de l'oreille du côté opposé, ou au niveau de la région occipitale, afin d'éviter toute compression fâcheuse à ce niveau-là.

On aura soin, dans les jours qui suivront, d'humecter de temps à autre, avec de l'alcool à 90°, les compresses de gaze qui sont placées sous la couronne plâtrée et on

surveillera attentivement la peau du moignon de l'épaule qui, grâce à la désinfection minutieusement faite, à l'interposition de la petite plaque de coton cardé dont nous avons parlé, supporte en général d'une façon remarquable la pression assez importante exercée par l'appareil.

Soins consécutifs : L'appareil doit être porté nuit et jour.

Chaque jour, et trois fois par jour au moins, les deux parties de l'appareil sont séparées l'une de l'autre et on fait exécuter d'abord des mouvements passifs, ensuite des mouvements actifs, de telle sorte que non seulement on augmente la position d'hyper-correction, mais encore on favorise le développement musculaire de la région.

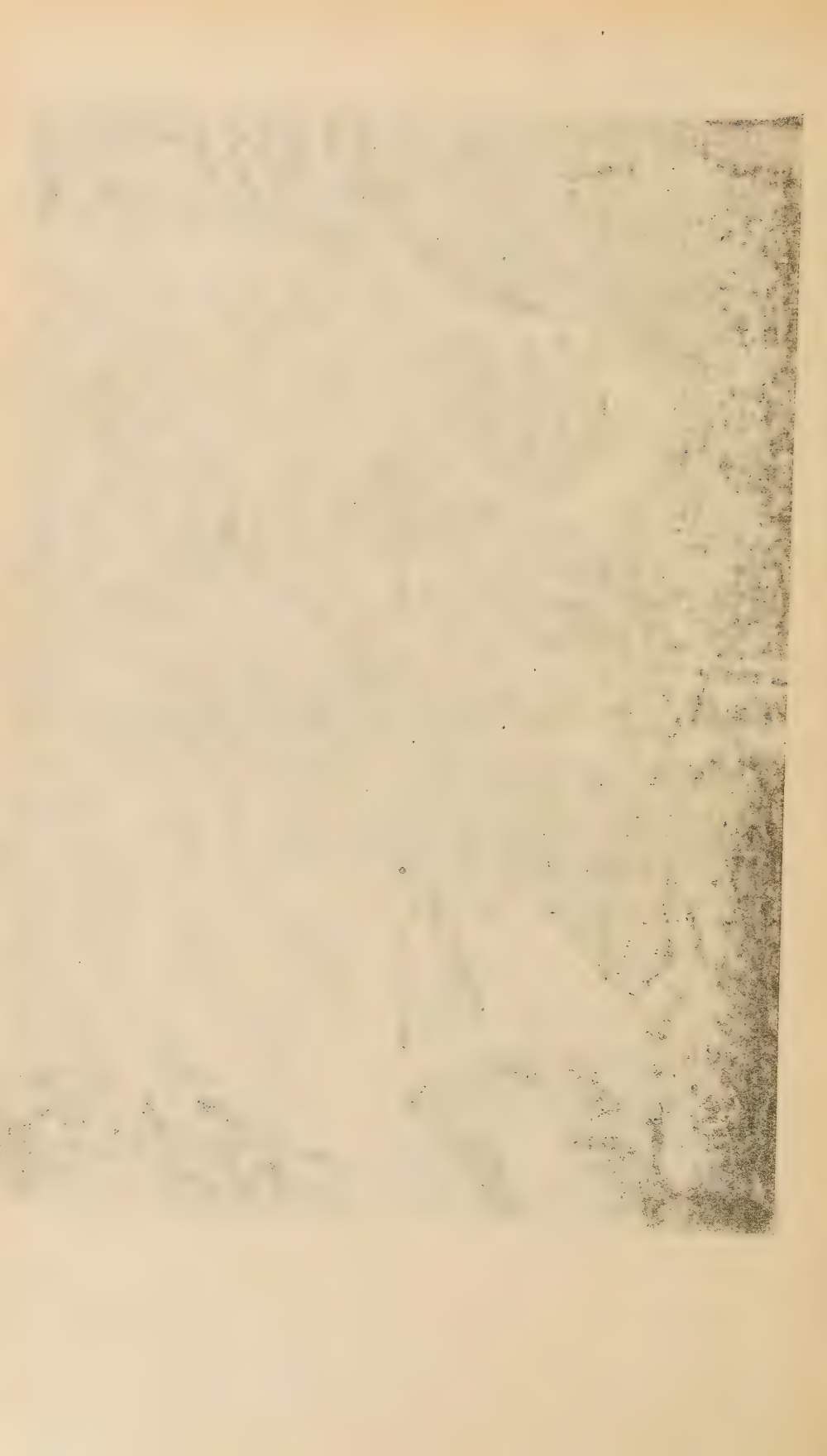
Très rapidement, sous l'action bienfaisante des mouvements actifs et passifs, la position d'hyper-correction peut être augmentée. Les tractus fibreux que l'on n'a pas pu sectionner cèdent, et on se trouve dans l'obligation d'augmenter la longueur de l'arc-boutant, représenté par la partie verticale du *T*.

Il n'est pas nécessaire de le refaire ; on l'enlève et, à l'aide d'une scie de Gigli, on sectionne obliquement l'arc-boutant, on remet en place d'une part l'épaulière, de l'autre la partie horizontale du *T* fixée dans l'*L* couché ; la tête est portée à nouveau en position d'hyper-correction et, à l'aide de bandes plâtrées, on raccorde à nouveau les deux parties de la branche verticale du *T* qui, de ce fait, a une longueur plus considérable qu'avant.

Pendant tout le traitement, qui demande au minimum deux mois et demi, au maximum trois mois, on peut, autant que cela est nécessaire, augmenter la longueur de l'arc-boutant.

L'appareil doit être porté jour et nuit.





V. AVANTAGES

Les avantages de l'appareil sont considérables.

Il est superflu, après la description que nous avons faite, d'y insister beaucoup.

1° d'une part, non seulement il permet de maintenir l'hyper-correction, mais il rend possible l'accentuation de la position d'hyper-correction, ce qui, dans certains cas, peut être nécessaire.

2° Il permet d'assurer la mobilisation active et passive, ce qui est l'idéal de tout acte orthopédique et ce qui est réalisé dans le domaine des fractures, en particulier avec l'appareil de marche.

3° La surveillance est relativement facile ; point n'est besoin d'avoir constamment l'enfant sous les yeux, lorsque la famille a été éduquée dans le sens de l'observation de l'appareil et de la gymnastique à exécuter. Il suffit de revoir l'enfant de temps à autre.

L'appareil présente, d'une part, les avantages des appareils plâtrés inamovibles au point de vue surveillance, et, d'autre part, des appareils à extension continue, qui permettent la mobilisation active et passive.

Conclusions : Il n'entre pas dans nos intentions de reporter ici des observations, mais simplement de donner la technique de l'appareil, et nous ajoutons que, dans les cas où il a été mis en œuvre, cet appareil a donné pleine satisfaction.

Conclusions

I. — Le traitement du torticolis congénital comprend essentiellement deux temps :

a) chirurgical : ténotomie du sterno-mastoïdien.

b) orthopédique : maintien de la correction ou, mieux, de l'hyper-correction.

II. — Le deuxième temps, orthopédique, est d'importance majeure. Négligé ou mal appliqué, on assiste à une récurrence presque inévitable ou, tout au moins, à une correction nettement indigente.

III. — Ce deuxième temps, orthopédique, est réalisé dans les meilleures conditions par l'appareil plâtré amovible du Professeur ETIENNE.

IV. — Cet appareil est composé de deux pièces plâtrées, couronne embrassant la tête et épaulière, solidarisées entre elles par un arc-boutant également plâtré.

V. — L'appareil, en place, maintient solidement la position d'hyper-correction, sans nulle apparition de jeu entre ses différentes pièces.

VI. — Il peut, d'autre part, être facilement ôté pour permettre la mobilisation, par la simple désolidarisation des deux parties constitutives.

VII. — Par sa simplicité et par son amovo-inamovibilité, cet appareil peut rendre de réels services dans le torticolis congénital. Il mérite donc d'être employé.

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude d'un nouvel
appareil plâtré dans le traitement du
torticolis congénital après ténotomie
du sterno-cléido-mastoïdien.

par M. Cutzach

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 16 Juillet 1936

Le Professeur :

ETIENNE,

Vu :

Montpellier, le 17 Juillet 1936

Le Doyen :

EUZIERE

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 18 Juillet 1936

Le Recteur :

C. TAILLIART.

S E R M E N T

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes
chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je
promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être
fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans
l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins
gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire
au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des
maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ;
ma langue taira les secrets qui me seront confiés et
mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni
à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant
envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'ins-
truction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis
fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'oppro-
bre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

